- 알제리 민주 인민 공화국-
주 : ………………
지역 공공 보건 기관 : ………………….
- 일반 / 특수 건강 진단서-

서명한 의사 Dr. …………...…………는 다음의 지원자를 진찰했음을 증명합니다: 성명: …………………………………….
생년월일 및 출생지: …………………….……, …………………………… 신분: ……………………………….. 지원자
진찰 결과 아래 질병에 대한 징후가 나타나지 않았습니다 :
전염병
암성 종양
신체 마비
심각한 소아 질병 (미성년자의 경우)
폐 질환
폐결핵
작성 장소: ………………………. 날짜: ……………………......... 의사 서명 및 기관 도장

x